BEITRAG ZUR FRAGE
DER HEILBARKEIT DER KORSAKOWSCHEN PSYCHOSE

DER WEITERE VERLAUF DER FÄLLE VON KORSAKOWSCHER PSYCHOSE

DIE IN DEN JAHREN 1904-1911 IN DER KGL. PSYCHIATRISCHEN KLINIK ZU MÜNCHEN AUFGENOMMEN WURDEN

STANFORD LIBRARY
JUN 22 1921

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER
GESAMTEN MEDIZIN
VERFASST UND EINER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
K. B. LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT ZU MÜNCHEN

VORGELEGT VON

ALFRED FRIEDRICH KAUFFMANN
MEDIZINALPRAKTIKANT AM STÄDT. KRANKENHAUSE
MÜNCHEN-SCHWABING

VERLAGSBUCHHANDLUNG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN
1913

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München.
Referent: Prof. Dr. Kraepelin. Dekan: Geheimrat Prof. v. Müller.

Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154015_0189

I.

Schon den älteren Psychiatern war es bekannt, daß sich bei schweren Alkoholikern nicht selten eine psychische Störung entwickelt, deren augenfälligstes Symptom eine hochgradige Schädigung der Merkfähigkeit, verbunden mit einer Schwäche des Gedächtnisses — namentlich für Jüngstvergangenes — ist.

Von den 50 Fällen von „Alcoholismus chronicus", deren Krankengeschichten uns Magnus Huß mitteilt, finden wir bei nicht weniger als 8 diese Störung deutlich ausgeprägt (Fall 8, 14, 20, 22, 23, 32, 34, 41), während bei einigen anderen Fällen die Abnahme des Gedächnisses nicht ausdrücklich erwähnt, aber nach dem übrigen psychischen Verhalten der betreffenden Kranken zu vermuten ist. Huß' Fall 14 ist fast ein Schulfall dieser Geistesstörung zu nennen: Bei einem Säufer mit schweren neuritischen Erscheinungen, der mehrmals Delirium tremens durchgemacht hat und an Alkoholepilepsie leidet, kommt es zu einem hochgradigen Verluste des Gedächtnisses. Unter den psychischen Erscheinungen des „Alcoholismus chronicus" führt Huß zwei an, die wenigstens teilweise mit der hier behandelten Störung identisch sind, die Stupidität und die Demenz, beide mit Gedächtnisschwäche verbunden.

Auch W. von Speyr erwähnt die Abnahme des Gedächtnisses bei manchen Alkoholikern. Er sieht sie nicht mehr wie Huß als ein Symptom des chronischen Alkoholismus an, auch nicht, wie die moderne Psychiatrie als das Kennzeichen einer selbständigen alkoholischen Geistesstörung, sondern er zählt jene Fälle zu der „chronischen alkoholischen Verrücktheit", von der er schreibt: „. . . das Gedächtnis hat abgenommen oder betrügt den Kranken, indem er Erlebtes ummodelt. Intelligenz und Willenskraft sind geschwächt und die Patienten keiner Leistung fähig."

Im Jahre 1880 stellte Leyden das Krankheitsbild der multiplen

degenerativen Neuritis auf, und bald erkannte man den Zusammenhang dieser Erkrankung mit dem chronischen Alkoholismus. Alle die zahlreichen nervösen Erscheinungen, die Huß neben sonstigen körperlichen Erkrankungen beim chronischen Alkoholismus beschrieben hatte, wie Hypotonie der Muskulatur, Anästhesien, Parästhesien, rheumatische Schmerzen, Druckschmerz, Paresen und Lähmungen, Atrophien usw. fanden jetzt ihre einheitliche Erklärung: es waren die Symptome einer Polyneurits alcoholica.

Auch fiel bald die Vergesellschaftung polyneuritischer Erkrankungen teils alkoholischer, teils toxischer, teils infektiöser Genese mit psychischen Störungen auf, worauf vor allem Lilienfeld hinwies. Derjenige aber, der als erster das Krankheitsbild der „polyneuritischen Psychose" abgrenzte und den dieser Erkrankung eigenen Symptomenkomplex analysierte, war Korsakow.

Im Jahre 1887 erschien Korsakows Abhandlung „Eine Störung der psychischen Tätigkeit bei alkoholischer Lähmung und ihre Beziehungen zur psychischen Störung bei multipler Neuritis nicht alkoholischen Ursprungs" in russischer Sprache. Die psychischen Störungen bei Alkoholneuritiden und diejenigen bei toxischen und infektiösen Neuritiden, so führt er aus, bieten dasselbe klinische Bild. Eine reizbare Schwäche der psychischen Sphäre oder eine Verwirrtheit mit Irrungen in bezug auf Ort, Zeit, Situation oder auch eine akute Amnesie bilden die hervorstechendsten Merkmale dieser Geistesstörung. Die Neuritis und dieser psychische Symptomenkomplex gehören nach Korsakows Anschauung eng zusammen. Mögen auch in einzelnen Fällen die körperlichen Krankheitserscheinungen überwiegen, in anderen wieder die geistigen, so gilt doch nach Korsakow die Regel: kein amnestischer Symptomenkomplex ohne Neuritis multiplex degenerativa. Die Kombination von peripherer Nervenerkrankung mit cerebraler Störung ist nach Korsakow nicht eine zufällige, wie die älteren Psychiater geglaubt hatten, sondern eine gesetzmäßige, durch die gemeinsame Ätiologie bedingte. Dieselbe Schädlichkeit, die die Polyneuritis erzeugt, ruft auch die geistige Erkrankung hervor. Diese Noxe sollten im Blut zirkulierende Gifte verschiedener Art sein: metallische Gifte, Bakteriotoxine, im Körper selbst gebildete Stoffwechselprodukte (Ptomaine und Leukomaine). Das Gift, das speziell die Alkoholneuritis und die alkoholische amnestische Psychose erzeugt, ist nach Korsakow nicht der Alkohol selbst, wie Leyden annahm, sondern es sind toxisch wirkende Stoffwechselprodukte, die im Körper des Gewohnheitssäufers gebildet werden und infolge einer Störung der Entgiftung oder Ausscheidung (Lebererkrankungen, Magen- und Darmkatarrhe der Säufer) in großer Menge in den Kreislauf geraten und Hirn und periphere Nerven schädigen. Diese Theorie ist heute noch die herrschende

und wird u. a. von Bonhoeffer und Kraepelin verfochten. Für diese mit Polyneuritis vergesellschaftete, auf eine Vergiftung des Gehirns auf dem Blutwege beruhende Psychose schlug Korsakow den Namen vor: „Psychosis polyneuritica seu Cerebropathia psychica toxaemica."

Im Jahre 1890, 3 Jahre nach der russischen Publikation, veröffentlichte Korsakow das Resultat seiner Forschungen in deutscher Sprache. Es entspann sich eine ziemlich heftige Kontroverse über verschiedene der erwähnten Punkte. So glaubte z. B. Tiling, die geschilderte Psychose nur bei alkoholischen, nicht bei infektiösen Neuritiden zu finden, korrigierte aber später seine Meinung und gab das Vorkommen von nicht alkoholischer Cerebropathia toxaemica zu.

Die Lehre von der polyneuritischen Psychose, oder wie man sie auch nannte, der Korsakowschen Psychose, und ihrem charakteristischen Symptomenkomplex, dem amnestischen oder Korsakowschen machte in der Folgezeit die verschiedensten Wandlungen durch. Man fand, daß dieser Symptomenkomplex sich auch bei Erkrankungen vorfindet, die nicht von Neuritis begleitet sind, so z. B. bei der Presbyophrenie, bei arteriosklerotischen Psychosen, bei Hirngeschwülsten, ja zuweilen bei der progressiven Paralyse. Aber auch bei der echten alkoholischen Korsakowschen Psychose fehlten mitunter die polyneuritischen Erscheinungen, so daß man sie nicht mehr als integrierenden Bestandteil der Krankheit ansehen konnte und den Namen polyneuritische Psychose fallen lassen mußte und mit ihm die Auffassung von der klinischen Zusammengehörigkeit aller jener Fälle, die den Korsakowschen Symptomenkomplex aufwiesen. Jene Fälle wurden den verschiedensten Krankheitsformen zugeteilt, und selbst die alkoholische Korsakowsche Psychose galt der damals herrschenden symptomatologischen Richtung vielfach nicht als eine nosologische Einheit, eine selbständige Krankheitsform; so z. B. bezieht Ziehen diese Erkrankung in seine Krankheitsgruppe „akute halluzinatorische Paranoia sive Amentia" ein.

Als der Anregung Kahlbaums folgend Kraepelin und seine Schüler daran gingen, die Psychosen nach ätiologischen Prinzipien zu klassifizieren und damit ein natürliches System der Geistesstörungen zu schaffen, stellte man als eine der großen Krankheitsgruppen auch die derjenigen Erkrankungen auf, die durch Alkoholmißbrauch verursacht werden. Eine Unterabteilung dieser Gruppe bilden nun auch alle jene Fälle von polyneuritischer Psychose im Sinne Korsakows, die auf Alkoholismus beruhen. Kraepelin betrachtet diese als eine durch gleiche Ätiologie wie durch gleichen Verlauf gekennzeichnete Krankheitseinheit und benennt sie Korsakowsche Psychose.

Gleichzeitig beschrieb auch Bonhoeffer diese Erkrankung, die

auch er als einheitliche Krankheitsform auffaßt. Er betont vor allem die enge Zusammengehörigkeit mit dem Delirium tremens, dessen chronische Form diese Krankheit darstelle; er bezeichnet sie deshalb als chronisches Delirium.

II.

Unter Korsakowscher Psychose verstehen wir demnach jetzt eine Geistesstörung die zu ihrer Voraussetzung langjährigen schweren Alkoholmißbrauch, besonders starken Schnapskonsum hat. Gekennzeichnet ist sie durch die vier von Wernicke aufgestellten Kardinalsymptome.

1. Örtliche und zeitliche Desorientierung.
2. Herabsetzung oder Aufhebung der Merkfähigkeit.
3. Retroaktive Amnesie.
4. Konfabulationen.

Die Störung der Merkfähigkeit ist von all diesen Symptomen das Primäre. Weil der Kranke nicht imstande ist, die Vorgänge in seiner Umgebung, die Veränderungen, die mit ihm vorgehen, in seinem Gedächtnis zu fixieren, die Erinnerungsbilder aus der Zeit seiner Krankheit seinem Gedächtnisschatze einzuverleiben, kann er für die Ereignisse, die in die Zeit seiner Krankheit fallen, gar keine oder nur eine geringe und häufig gefälschte Erinnerung haben; wir sprechen dann von Gedächtnisstörung oder Amnesie.

Aber auch der frühere geistige Besitzstand, die Erinnerungsbilder aus einer Zeit, da noch keine Merkstörung den Kranken am Fixieren seiner Sinneseindrücke hinderte, gehen dem Kranken teilweise verloren: es kommt zur retroaktiven Amnesie. Ähnlich wie bei den Gedächtnisstörungen des Greisenalters wird auch hier die Erinnerung an Jüngstvergangenes meistens mehr geschädigt, wie die an weit Zurückliegendes. Oft vergessen die Kranken vollständig, daß sie seit Jahren verheiratet sind und daß sie Kinder haben, glauben noch in demselben Beruf tätig zu sein, den sie vor 30 Jahren ausübten, obwohl sie ihn inzwischen längst gegen einen anderen vertauscht haben.

Sowohl der Merkstörung, wie der Gedächtnisschwäche entspringt das dritte kardinale Symptom, die örtliche und zeitliche Desorientierung. Denn da keiner der Eindrücke der Außenwelt dem Kranken haften bleibt, ist es ihm unmöglich, sich zu orientieren. Er weiß nicht wo er ist, nicht in welcher Zeit er lebt. Die Gedächtnislücke für die jüngste Vergangenheit bei wohl erhaltener Erinnerung an längstvergangene Zeiten bringt es mit sich, daß der Kranke sich in seine Jugendzeit rückversetzt glaubt, seine Umgebung für alte — vielleicht längst verstorbene — Bekannte hält und seine jetzige Lebenslage wahnhaft im Sinne einer früheren umdeutet; es kommt zur Desorientiertheit im Sinne

einer früheren Situation. So glauben ältere Leute Soldaten, längstverheiratete Frauen junge Mädchen zu sein. Wernicke und Liepmann berichten von einem 49jährigen Reporter und Stenographen, der früher Philologe gewesen war; die Erinnerung für die letzten 25 Jahre war ihm völlig verloren gegangen, er hielt sich für einen Kandidaten der Philologie, glaubte seine vor 25 Jahren verstorbenen Eltern am Leben, wußte nichts von der vor 10 Jahren erfolgten Auswanderung seines Bruders.

Die Erinnerungslücken für die Erlebnisse der letzten Zeit sucht der Kranke durch Ausreden zu verdecken, an deren Realität er selbst nicht im geringsten zweifelt, und so kommt es zur Entstehung von Konfabulationen. Patienten, die seit Monaten in der Anstalt sind, berichten auf die Frage, wo sie gestern gewesen seien, sie seien in der und der Wirtschaft eingekehrt, hätten dort mit Bekannten Karten gespielt, geben an, wieviel Maß sie dabei getrunken, wieviel Geld sie beim Spiel gewonnen oder verloren hätten. Durch Suggestivfragen kann man häufig die Konfabulationen in eine bestimmte Richtung lenken. Neben diesen Verlegenheitskonfabulationen, die ihren Inhalt dem Lebens- und Wirkungskreise der Patienten entlehnen, gibt es andere, die sich durch phantastische Ausschmückung auszeichnen. Hier haben wir es dann, wie Bonhoeffer meint, mit den Erinnerungsresten deliranter Sinnestäuschungen zu tun.

Neben diesen 4 Hauptsymptomen finden wir bei der Korsakowschen Psychose mehr oder weniger regelmäßig alle psychischen und körperlichen Veränderungen, die wir auch bei anderen durch Alkoholismus entstandenen Psychosen antreffen. Visionen und Akoasmen, Apathie und Erregungszustände, Abnahme der Initiative, alkoholische Vertrottelung, Verfolgungs- und Eifersuchtsideen, alles dies kommt bei dieser Krankheit vor, ohne für sie charakteristisch zu sein. Von körperlichen Erscheinungen finden sich besonders häufig Herz- und Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Magendarmkanals, Lebercirrhose und nicht selten Lungentuberkulose. Auch epileptiforme Anfälle sind nicht selten. Fast stets aber findet man polyneuritische Erscheinungen, die ja Korsakow für ein wesentliches Kennzeichen dieser Krankheit ansah, die aber, wie wir wissen, in vereinzelten Fällen gänzlich fehlen können.

III.

So scharf umrissen und so gut bekannt das im vorstehenden kurz skizzierte klinische Bild der Korsakowschen Psychose ist, so unbekannt ist uns die genauere Ätiologie dieser Krankheit. Wir wissen heute darüber noch nicht mehr, als wie schon vor 25 Jahren Korsakow. Wir wissen, daß es sich höchstwahrscheinlich um eine Selbstvergiftung

des Körpers mit Stoffwechselprodukten handelt, die unter dem Einfluß des chronischen Alkoholismus gebildet werden und aus irgendeiner Ursache nicht mehr aus dem Körper entfernt werden können, daß also die Korsakowsche Psychose eine „metalkoholische" Erkrankung ist. Welcher Art aber diese Gifte sind, unter welchen Bedingungen sie nicht mehr ausgeschieden werden und in den Kreislauf gelangen, warum von den vielen Säufern nur verhältnismäßig wenige an dieser Störung erkranken, darüber können wir höchstens Hypothesen aufstellen.

Besser bekannt, als die Ursachen der Krankheit, ist der Ausgang, den diese Psychose zu nehmen pflegt und damit die Prognose, die wir dem Kranken zu stellen haben. Doch auch auf diesem Gebiete ist noch manches ungeklärt, so namentlich die Frage der Heilbarkeit der Korsakowschen Psychose, betreffs derer die Ansichten der Autoren noch recht auseinander gehen. Zur Klärung dieser Frage will Verfasser mit dieser Arbeit sein Scherflein beitragen, indem er die Schicksale der Kranken, die in den Jahren 1904 bis 1911 wegen Korsakowscher Psychose in der Kgl. Psychiatrischen Universitätsklinik zu München behandelt wurden, katamnestisch verfolgt und den Ausgang der Erkrankungen festzustellen versucht.

Ehe ich mich dieser meiner Hauptaufgabe zuwende, sei mir gestattet, kurz unser Krankenmaterial zu schildern, die Verteilung der Erkrankungen nach Geschlecht, Lebensalter, Beruf und Familienstand, ferner die Art und die Dauer des Alkoholmißbrauches und die Form des Ausbruchs der Psychose zu untersuchen und schließlich die Mischformen zu besprechen. Denn das Münchener Krankenmaterial weicht in manchen dieser Punkte beträchtlich von demjenigen ab, das Bonhoeffer bei seiner klassischen Schilderung der Korsakowschen Psychose im Auge hatte. Die Rasseverschiedenheit der oberbayerischen und der schlesischen Bevölkerung, Unterschiede in den sozialen Verhältnissen, vor allem aber die verschiedenen Trinksitten bewirken, daß wir bei unserem Material wesentliche Abweichungen von dem von Bonhoeffer beschriebenen Verhalten finden, die es wohl verdienen, publiziert zu werden.

Es liegen mir die Krankengeschichten von 63 einschlägigen Fällen vor. 45 mal handelt es sich um eine klinisch reine, typische Korsakowsche Psychose, 4 mal um Abortivfälle, bei denen der charakteristische Symptomenkomplex nicht zur vollen Entwicklung gekommen ist, 8 mal um Mischformen von Korsakowscher Psychose und anderen Alkoholpsychosen, 6 mal um eine Mischung mit senilen und arteriosklerotischen Erscheinungen. Diese beiden Gruppen von Mischformen werde ich später noch eingehender besprechen.

Was die Beteiligung der beiden Geschlechter an der Erkrankung anlangt, so finden wir auch bei unserem Material die von vielen Autoren,

auch von Bonhoeffer und Kraepelin, betonte relativ häufigere Beteiligung des weiblichen Geschlechts. Nach Kraepelin bilden die Frauen nur 10% des Gesamtkontingentes der Alkoholiker, aber 33% der Korsakow-Kranken. Von unseren 63 Fällen entfallen 18 auf weibliche Kranke, nämlich 16 reine Fälle und 2 alkoholische Mischformen. Unter den 45 männlichen Patienten waren 29 reine Fälle, 4 Abortivfälle, 6 alkoholische und 6 senile Mischformen. Von sämtlichen Fällen entfallen also 28.6% auf das weibliche Geschlecht. Von den klinisch reinen Fällen von Korsakowscher Psychose sogar 35,6%.

Als das Lebensalter, in dem die Erkrankung am häufigsten auszubrechen pflegt, bezeichnet Bonhoeffer die Zeit um das 45. Lebensjahr. Das durchschnittliche Erkrankungsalter unserer Münchener Kranken ist etwas höher, was sich vielleicht aus dem geringeren Schnapskonsum unserer Kranken erklärt, der die Erkrankung erst später zur Entwicklung kommen läßt. Das durchschnittliche Erkrankungsalter aller unserer Fälle (einschl. Abortiv- und Mischformen) beträgt 52,6 Jahre; das der Männer allein 52,8 Jahre, das der Frauen 52,2 Jahre. Als frühestes Erkrankungsalter finden wir bei einem Abortivfalle 23 Jahre, bei einem typischen Korsakow-Falle 36 Jahre; am spätesten begann die Erkrankung bei einem Manne von 83 Jahren. Bei den Frauen finden wir als frühesten bzw. spätesten Termin des Krankheitsbeginns 29 und 67 Jahre.

Folgende Tabelle soll die Verteilung des Ausbruchs der Krankheit auf die einzelnen Altersstufen demonstrieren. Die eingeklammerten Zahlen bedeuten klinisch reine Korsakow-Fälle.

Tabelle I.

Beginn der Korsakowschen Psychose nach Altersstufen.

	21—30 J.	31—40 J.	41—50 J.	51—60 J.	61—70 J.	über 70 J.
Männer	1 (0)	8 (3)	13 (10)	9 (9)	11 (8)	3 (0)
Frauen	1 (1)	1 (1)	5 (4)	7 (6)	4 (4)	0 (0)
zusammen . .	2 (1)	9 (4)	18 (14)	16 (15)	15 (12)	3 (0)

Gruppieren wir unsere Kranken nach dem Familienstand, so sind von unseren 45 Männern 9 ledig, 27 verheiratet, 7 verwitwet und 2 geschieden; von den 18 Frauen sind: 6 ledig, 6 verheiratet, 4 verwitwet und 2 geschieden. Während drei Fünftel der Männer verheiratet sind, sind nur ein Drittel der weiblichen Patientinnen Ehefrauen. Der Grund dieser auffallenden Erscheinung dürfte wohl darin zu suchen sein, daß die Frau durch die Ehe im allgemeinen vor der Gefahr des Alkoholmißbrauches geschützt ist. Von unseren 6 verheirateten Patientinnen waren übrigens 3 vor der Ehe im Gastwirtsgewerbe tätig und traten schon als Alkoholistinnen in die Ehe. Daß aber die Ehemänner ein so viel größeres Kontingent zur Zahl der Korsakow-Kranken stellen,

als die Unverheirateten und die Verwitweten, dürfte durch die größere Zahl der verheirateten Männer in den in Betracht kommenden Altersklassen erklärt werden.

Die soziale Gliederung unseres Krankenmaterials soll durch folgende Tabellen veranschaulicht werden. Kranke, die in den letzten Jahren berufslos waren, habe ich unter ihrem früheren Berufe aufgeführt, unter der Rubrik „Alkoholgewerbe" auch diejenigen, die nur eine Zeitlang in diesem Gewerbe tätig waren.

Tabelle II.

Die männlichen Patienten nach Berufen geordnet.

Handwerker und Gewerbetreibende	19
Tagelöhner, Dienstmänner, Fuhrleute usw.	11
Alkoholgewerbe	6
Landwirte	1
Fabrikarbeiter	1
Verwalter und Kontrolleure	3
Technische Berufe und Kaufleute	1
Akademische Berufe	2
Beamte	1
zusammen	45

Tabelle III.

Die weiblichen Patienten nach Berufen geordnet.

Ehefrauen	6
Witwen ohne Beruf	1
Tagelöhnerinnen	3
Dienstmädchen und Köchinnen	2
Näherinnen	1
Alkoholgewerbe[1])	1
Abortfrauen	1
Reisebeamtinnen	1
Pensionsinhaberinnen	1
Schauspielerinnen	1
zusammen	18

Das Hauptkontingent der männlichen Kranken, namentlich der „reinen" Fälle, wird demnach von Handwerkern und Gewerbetreibenden gebildet, meistens Leuten in leidlich günstiger sozialer Lage; dann erst kommt die Gruppe der Tagelöhner, Dienstmänner, Fuhrleute, Kutscher, Holzhacker usw., die zum größten Teil aus heruntergekommenen Individuen besteht. In dieser Hinsicht ist ein Unterschied zwischen unserem Krankenmaterial und Bonhoeffers Breslauer Kranken, die meistens dem Landstreichertum und dem großstädtischen Proletariat zu entstammen scheinen, während wir es hier überwiegend mit Kleinbürgern zu tun haben.

[1]) Im Alkoholgewerbe waren ferner früher 3 der als „Ehefrauen" rubrizierten Patientinnen beschäftigt.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen München und Breslau besteht auch hinsichtlich der Form des Alkoholmißbrauches. Bonhoeffer schreibt, daß seine Kranken 1—$1^1/_2$ Liter Kognak, 2 Liter und mehr Korn, denaturierten Spiritus und dergleichen getrunken hätten. Bei unseren Kranken überwiegt der Biergenuß: die Menge der täglichen Bierzufuhr variiert, doch werden von Frauen bis 10 Liter pro Tag, von einzelnen männlichen Patienten bis 20 Liter zugegeben. Das übliche Bierquantum dürften etwa 5—8 Liter bilden. Dazu kommen wohl bei allen Patienten noch konzentrierte Alkoholica, bei manchen allerdings nur in geringer Menge. Als solche kommen bei der einfachen Bevölkerung hauptsächlich Schnaps, bei den im Gastwirtsgewerbe beschäftigten Personen und bei den Angehörigen der bessersituierten Stände Liköre, Kognaks, Sekt und Südweine in Betracht; eine große Rolle spielt, namentlich bei weiblichen Patienten, auch Tee mit Rum. In allen Fällen aber handelt es sich um langjährigen, meist viele Jahrzehnte lang fortgesetzten Alkoholmißbrauch.

Betreffs der Art des Ausbruches der Krankheit gehen die Meinungen der Autoren weit auseinander. Während z. B. Tiling und Kraepelin der Meinung sind, daß die Krankheit in der Mehrzahl der Fälle sich langsam aus dem Stadium des chronischen Alkoholismus heraus entwickelt, in einer geringeren Zahl von Fällen mit deliranten oder stuporösen Erscheinungen beginnt, vertritt Bonhoeffer die Ansicht, daß in mindestens zwei Drittel der Fälle eine delirante Phase die Erkrankung einleitet, ja er faßt die Korsakowsche Psychose, wie oben erwähnt, geradezu als ein chronisches Alkoholdelir auf.

Von unseren 63 Patienten begann nur bei 18, also lediglich in 28,6% aller Fälle, die Erkrankung mit einer deliranten Phase; von diesen 18 entfallen aber 10 auf Abortiv- bzw. Mischformen. Von den 45 „reinen" Korsakow-Fällen begannen demnach nur 8 unter deliranten Erscheinungen, also 17,8% der Fälle. Für unser Material zum mindesten kann demnach der delirante Beginn nicht als typisch angesehen werden.

In 39 Fällen entwickelte sich die Krankheit schleichend oder begann unter dem Bilde einer Verwirrtheit oder eines Stupors; in 6 Fällen sind wir über den Ausbruch der Krankheit nicht unterrichtet.

10 unserer Patienten, sämtlich Männer, hatten früher Delirium tremens durchgemacht, einige davon mehrmals. 2mal treffen wir in der Vorgeschichte akute Alkoholhalluzinose an. Bei weiteren 11 Patienten, 10 Männern und 1 Frau, finden wir epileptiforme oder apoplektiforme Erscheinungen, und zwar litten 3 Patienten schon vor der Korsakow-Erkrankung an Krampfanfällen, 2 davon schon 10 Jahre lang; bei 3 Kranken begann die Korsakowsche Psychose mit epileptiformen, bei 2 mit apoplektiformen Anfällen, und bei weiteren 3 traten erst während der Dauer der Psychose Anfälle auf. In 10 von diesen Fällen

dürfte es sich kaum um genuine Epilepsie handeln, da das Leiden erst im späteren Alter und nach jahrzehntelangem Alkoholmißbrauch auftrat. Wir haben es hier wohl ausschließlich mit alkoholischer bzw. arteriosklerotischer Epilepsie zu tun[1]). Bei einer ganzen Reihe anderer Patienten werden in der Vorgeschichte Schwindelanfälle ohne Verlust des Bewußtseins erwähnt. Nur von 20 Patienten wissen wir sicher, daß sie nie an Krampf-, Schlag- oder Schwindelanfällen gelitten haben.

Von der bekannten Erfahrungstatsache, daß sich unter den Alkoholikern viel psychopathische und sonstige pathologische Persönlichkeiten befinden, macht auch unser Krankenmaterial keine Ausnahme. Ein großer Teil unserer Kranken ist zweifellos als erblich belastet zu betrachten. In einer ganzen Reihe von Fällen treffen wir auf die Angabe, daß der Vater oder beide Eltern Trinker waren; häufig hat der Patient auch trunksüchtige Geschwister. Auch von geisteskranken Verwandten, epileptischen Geschwistern hören wir. Auffallend häufig wird uns berichtet, daß Kinder unserer Kranken idiotisch, epileptisch oder geisteskrank sind. Da diese Kinder häufig zu einer Zeit geboren sind, in der die Patienten noch nicht so hochgradig dem Trunke ergeben waren, so dürfte es sich in einem Teile der Fälle nicht um eine durch den Alkoholismus bedingte Keimschädigung handeln, sondern um die Vererbung der bereits angeborenen Minderwertigkeit des Patienten.

Namentlich unter denjenigen unserer Patienten, die den gebildeten Ständen angehören, finden wir sehr viele Psychopathen. Es ist dies nicht weiter verwunderlich, da ja der nervengesunde Gebildete sich kaum in so hohem Maße dem Trunke ergibt, wie es zum Zustandekommen der Korsakowschen Psychose notwendig ist.

Die Beziehungen dieser pathologischen Veranlagung zu unserer Krankheit können doppelter Natur sein. Einmal verfällt, wie bereits erwähnt, der haltlose, jedem Triebe nachgebende, aller Hemmungen bare Psychopath viel leichter dem Alkoholismus, als der Gesunde; und auf dem Boden dieser chronischen Alkoholvergiftung entwickelt sich dann die Korsakowsche Psychose. Und zweitens wäre denkbar, daß das weniger widerstandsfähige Gehirn und Nervensystem des Psychopathen bei gleicher Alkoholzufuhr schwerer geschädigt würde, als das des Gesunden, so daß der psychopathische Trinker leichter an Korsakowscher Psychose erkrankte, als der von Haus aus Normale. Ob und wie diese beiden Faktoren zusammenwirken, sei dahingestellt; ich begnüge mich, die hohe Zahl von Psychopathen unter unseren Kranken zu konstatieren.

[1]) Bei dem 11. Falle, wo uns von Anfällen in früher Kindheit berichtet wird, die dann wieder verschwanden, um im Verlaufe der Psychose wieder aufzutreten, kann man an genuine Epilepsie denken; es können aber auch psychogene Anfälle in Frage kommen.

IV.

Die Forschungen der letzten Jahre haben uns zu der Erkenntnis geführt, daß zwischen den einzelnen Alkoholpsychosen, namentlich zwischen dem Delirium tremens und der akuten Alkoholhalluzinose, zahlreiche Übergänge, sog. Mischformen, bestehen. Von Speyr vertrat noch die Ansicht, daß ein Individuum, das einmal an Delirium erkrankt ist, niemals später an alkoholischer Verrücktheit (Halluzinose) erkranken könne, daß umgekehrt jemand, der eine Halluzinose durchgemacht habe, nie ein Delir bekommen könne; kurz, er glaubte zwei Krankheiten vor sich zu haben, die sich gegenseitig ausschlössen und nie bei einer und derselben Person auftreten könnten. Die Unrichtigkeit dieser Ansicht wurde bald erkannt. Räcke, Meyer, Bonhoeffer u. a. konnten von Kranken berichten, die nacheinander an Delirium tremens und Alkoholhalluzinose erkrankt sind.

Nun findet man aber auch häufig sog. atypische Alkoholpsychosen, bei denen delirante und halluzinatorische Züge vereinigt sind. Während manche Autoren, wie Chotzen, diese als Komplikation einer Alkoholpsychose durch eine nichtalkoholische Störung, z. B. eine Dementia praecox, auffassen, drang in den letzten Jahren immer mehr die Ansicht durch, daß wir es hier mit echten Mischformen von Delir und Halluzinose zu tun haben. Solche Mischformen werden von Meyer, Goldstein, Heilig, Bonhoeffer, Luther u. a. erwähnt. Kraepelin vertritt den Standpunkt, daß die „metalkoholischen" Psychosen sich untereinander sehr nahestehen, ineinander übergehen können und klinisch nicht immer streng unterschieden werden können. Eine eingehende Beschreibung dieser Mischformen von Delir und Halluzinose verdanken wir Filser, der 5 Hauptgruppen aufstellt:

Fälle von:

1. Delirien, die außer dem typischen Symptomenkomplex noch Erscheinungen der Alkoholhalluzinose unverkennbar aufweisen.
2. Besonnene Delirien, das sind solche Fälle, die delirante Erlebnisse von großer sinnlicher Deutlichkeit bei völlig erhaltener Besonnenheit, speziell intaktem Bewußtsein und erhaltener Orientierung zeigen.
3. Alkoholhalluzinosen mit deliranten Erscheinungen.
4. Fälle von Delir und Alkoholhalluzinose, bei denen Gefühlshalluzinationen bzw. Sensationen im Vordergrunde stehen.
5. Fälle, bei denen Delir und Alkoholhalluzinose in kurzen Zwischenräumen aufeinander folgen.

Man sollte nun annehmen, daß es auch Mischformen gibt, bei denen als Komponente die dritte „metalkoholische" Geistesstörung, die Korsakowsche Psychose, mitwirkt. Tatsächlich sind solche Fälle in der Literatur erwähnt worden; so spricht z. B. Bonhoeffer von „Mischformen

von Delir und Halluzinose und von Korsakow und Halluzinose". Luther teilt in seiner Abhandlung „Über das Vorkommen chronischer Alkoholhalluzinosen" einen Fall (Fall IV) mit, der eine Mischform von Abortiv-Korsakow und von chronischer Halluzinose darstellt. In derselben Abhandlung schreibt Luther, daß „Mischzustände zwischen den 3 Formen Halluzinose, Delirium und Korsakow als typische zu gelten haben".

Unter meinen 63 Fällen von Korsakowscher Psychose befinden sich 8, 6 Männer und 2 Frauen, die als Mischformen mit anderen alkoholischen (eigentlich „metalkoholischen", denn die überaus häufige Beimischung von Zügen des chronischen Alkoholismus habe ich selbstverständlich nicht berücksichtigt) Psychosen aufgefaßt werden müssen. Ich muß es mir versagen, an dieser Stelle die Krankengeschichten mitzuteilen, und ich will nur kurz bemerken, wie ich diese 8 Fälle gruppieren möchte:

1. Fälle von protrahiertem Delir mit Korsakow-Zügen (2 Fälle). Diese unterscheiden sich kaum von Abortiv-Korsakow-Fällen mit delirantem Beginn. Einem protrahierten Delirium mischen sich Züge der Korsakowschen Psychose bei, die nach dem Abklingen des Delirs noch einige Zeit bestehen bleiben, dann allmählich wieder verschwinden. Diese Gruppe bildet den Übergang von den Abortivfällen zu den eigentlichen Mischformen.

2. Fälle von Alkoholhalluzinosen mit Korsakow-Zügen (2 Fälle). Zu einer (akuten oder chronischen) Alkoholhalluzinose gesellt sich, mehr oder minder ausgeprägt, der amnestische Symptomenkomplex, der ja der reinen Halluzinose gänzlich fremd ist. Bei meinen beiden Fällen beherrschen die halluzinatorischen und paranoiden Symptome das Bild; die amnestischen treten gegen sie entschieden etwas zurück.

3. Fälle, in denen ein Delirium auf dem Wege über eine Korsakowsche Psychose übergeht in

a) eine Halluzinose (1 Fall),

b) halluzinatorischen Schwachsinn der Trinker (1 Fall).

Aus einem protrahierten Delirium entwickelt sich eine Korsakowsche Psychose; unter Zurücktreten des amnestischen Symptomenkomplexes geht diese binnen kurzer Zeit einmal in eine Halluzinose, einmal in Alkoholschwachsinn über. In letzterem Falle spielt sich also der normale Verlauf einer delirant beginnenden Korsakowschen Psychose in ganz kurzer Zeit ab. Während normalerweise zwischen dem deliranten Beginn einer Korsakowschen Psychose und dem Schwachsinnszustand, der aus ihr resultiert, viele Monate, ja oft Jahre liegen, ist hier der ganze Vorgang auf ein paar Wochen zusammengedrängt.

4. Fälle, in denen ein Delir auf dem Wege über Hallu-

zinose mit Korsakow-Zügen in alkoholischen Schwachsinn übergeht (1 Fall).

Diese Gruppe stellt eine Kombination von 2 und 3b dar. Statt des Stadiums der Korsakowschen Psychose, wie wir es bei 3b finden, sehen wir hier die sub 2 erwähnte Kombination von Halluzinose und Korsakow-Krankheit als Übergangsstadium zwischen Delir und Alkoholschwachsinn.

5. Fälle, in denen sich eine Korsakowsche Psychose aus einer Mischform von Delirium und Halluzinose entwickelt (1 Fall).

Die Mischform geht in eine Korsakowsche Psychose über, wobei die deliranten und halluzinatorischen Erscheinungen bestehen bleiben, so daß wir in diesem Falle eine Mischform aus allen drei metalkoholischen Psychosen vor uns haben.

Wir dürfen wohl annehmen, daß alle „metalkoholischen" Geistesstörungen, Delirium tremens, Korsakowsche Psychose, akute und chronische Halluzinose (letztere entwickelt sich zweifellos häufig aus einer der anderen drei Formen) untereinander eng verwandt sind, bei einem und demselben Individuum nacheinander vorkommen, sich jederzeit miteinander kombinieren und alle denkbaren Mischformen bilden können. Sie sind, wie Kraepelin in bezug auf Delir und Halluzinose bemerkt, nicht als prinzipiell verschiedene Krankheiten, sondern nur als verschiedene Äußerungen eines und desselben Krankheitsvorganges aufzufassen. Gemeinsam ist ihnen die Ursache, Selbstvergiftung durch Stoffwechselprodukte, auf Grund langjährigen schweren Alkoholmißbrauches, gemeinsam auch der typische Ausgang aller ungeheilten Fälle in alkoholischen Schwachsinn mit oder ohne Halluzinationen. Die Ursachen freilich, die es bewirken, daß bei dem einen Trinker sich die Autointoxikation als Delirium, bei dem anderen als Halluzinose, bei dem dritten als Korsakowsche Psychose äußert, sind uns zurzeit noch gänzlich unbekannt; wir können darüber allerhöchstens Vermutungen anstellen.

Viel bekannter als die Kombinationen der Korsakowschen Psychose mit anderen Alkoholpsychosen sind diejenigen mit senilen und arteriosklerotischen Erkrankungen. Kruckenberg, der sehr viel derartige Fälle beobachtet hat, faßt überhaupt die Korsakowsche Psychose als eine Kombination von Alcoholismus chronicus und senilen Erscheinungen auf. Umgekehrt sieht Dupré, wohl ebenfalls auf Grund solcher Mischformen, die Presbyophrenie für eine „Psychopolynévrite chronique avec démence", eine zur Verblödung führende polyneuritische Psychose an, eine Anschauung, die bei den französischen Autoren eine lebhafte Kontroverse hervorrief (Nouët, Brissot und Hamel usw.). Solcher senil gefärbter Korsakow-Fälle finden sich unter unseren

Kranken 6, sämtlich Männer, im Alter von 64, 69, 70, 76, 77 und 83 Jahren.

Abortivfälle wurden 4mal, stets bei Männern, beobachtet. Zweimal handelte es sich um schwere alkoholische Polyneuritis mit nur leicht angedeuteten psychischen Störungen (Merkstörung und Gedächtnisschwäche bei gut erhaltener Orientierung); in den beiden anderen Fällen ging ein protrahiertes Delirium in eine leichte Korsakowsche Psychose über. Diese Fälle sind von der als „Protrahierte Delirien mit Korsakow-Zügen" bezeichneten Gruppe von Mischformen nur durch das etwas stärkere Hervortreten des amnestischen Symptomenkomplexes also nur graduell, unterschieden.

V.

Was die Prognose der Korsakowschen Psychose anlangt, so gehen die Meinungen der Autoren recht auseinander. Daß die schweren amnestischen Erscheinungen erheblich zurückgehen können, wird wohl von allen Forschern zugegeben; strittig ist aber, ob eine vollständige Ausheilung der psychischen Störung ohne Defekt möglich ist. Korsakow hält eine Heilung für möglich; Wernicke geht noch weiter, indem er die Prognose als ziemlich günstig bezeichnet. Von neueren Autoren wären hier Brissot und Hamel zu nennen, die von einer an Korsakowscher Psychose alkoholischer Genese erkrankten Frau berichten, die nach zweijähriger Krankheit bis auf eine leichte Störung der Merkfähigkeit wieder völlig genas. Boedeker teilt die Krankengeschichte eines ordentlichen Universitätsprofessors mit, der eine Korsakowsche Psychose durchmachte und später wieder imstande war, seine wissenschaftliche und Lehrtätigkeit in vollem Umfange auszuüben. Freilich ist trotz konzedierten Alkoholmißbrauches die Diagnose dieses Falles nicht ganz einwandfrei. Auch Tegtmeyer berichtet von einem Falle mit wesentlicher Besserung der schwersten körperlichen und psychischen Störungen bei Korsakowscher Psychose.

Größer ist die Zahl der Autoren, die die Möglichkeit der Reparation der psychischen Störung ablehnen. Tiling hat bei seiner „Alkoholparalyse", die sich mit unserer Krankheit ziemlich deckt, niemals Heilung beobachtet, ebenso auch Mönkemöller. Nach Bonhoeffer könne man höchstens von einer Heilung mit Defekt sprechen; eine Heilung im eigentlichen Sinne habe er nie gesehen. Auch Kraepelin steht der Restitutionsmöglichkeit skeptisch gegenüber. Stanley stellt die Prognose ungünstig; auch in bestverlaufendsten Fällen bleibt Beeinträchtigung des Gedächtnisses und gemütliche Schwächung zurück. Auch Knapp hat in keinem Fall von Korsakow alkoholischer Ätiologie Heilung beobachtet.

Der weitere Verlauf einer Korsakowschen Psychose gestaltet sich

nach Bonhoeffer, Kraepelin und anderen Autoren in den typischen Fällen so, daß langsam, im Verlaufe von Monaten, selbst Jahren, die polyneuritischen Erscheinungen zurückgehen, noch langsamer aber sich der amnestische Symptomenkomplex zurückbildet, der freilich in einer großen Anzahl von Fällen überhaupt nicht verschwindet. Der Endzustand dieser Krankheit ist charakterisiert durch Schwachsinn mit oder ohne gröbere Merkstörung, mit oder ohne Halluzinationen. Gregor, Roderich Mayr u. a. berichten über eine Steigerung der Übungsfestigkeit bei Rechenübungen, die sie mit Korsakow-Patienten anstellten, die gute Perspektiven für eine planmäßige Übungsbehandlung eröffnet. Auf affektivem Gebiet treffen wir meistens eine läppische Euphorie, häufig Apathie, mitunter auch große Reizbarkeit an. Nicht selten zeigt der Kranke eine labile Stimmung, die ständig zwischen Euphorie und Gereiztheit wechselt. In vielen Fällen aber tritt der Tod ein, ehe es zur Ausbildung dieses Endzustandes kommt. Todesursache kann die Polyneuritis sein, namentlich bei Mitbeteiligung des N. vagus. Als sonstige Todesursachen kommen vor allem Magendarmstörungen, Herzmuskeldegeneration, Lebercirrhose, Hirnblutungen, Pneumonien, Bronchitiden, Lungentuberkulose und Altersschwäche in Betracht.

Ich habe nun versucht, das spätere Schicksal unserer Patienten und den Ausgang ihrer Krankheit an der Hand von Katamnesen und Krankengeschichten zu ergründen. Ich bin mir wohl bewußt, daß die Angaben der Katamnesen sehr unzuverlässig sind, da die Angehörigen oftmals den Gesundheitszustand des Kranken nicht beurteilen können, in manchen Fällen auch die Wahrheit nicht mitteilen wollen. Aus äußeren Gründen blieb aber die schriftliche Anfrage an die Angehörigen für mich der einzige Weg, um mich über das psychische Befinden der Nachhause-Entlassenen zu informieren. Immerhin konnte ich aus den Angaben doch feststellen, ob der Kranke noch am Leben ist, ob er sich zurzeit in Anstaltspflege oder zu Hause befindet, ob er seinem Berufe nachgehen kann und ob er noch auffallende psychische Störungen darbietet. Besser konnte ich mich über den psychischen Status derjenigen Kranken unterrichten, die sich noch in der Pflege öffentlicher oder privater Anstalten befinden, da die ärztlich geleiteten Anstalten mir die betreffenden Krankengeschichten in zuvorkommenster Weise zur Verfügung stellten, die übrigen mir ausführliche Katamnesen schickten[1]). Ein absolut sicheres Bild der Krankheitszustände konnte ich freilich aus diesen Krankengeschichten auch nicht immer gewinnen, da der psychische Status manchmal recht lückenhaft war. Daher bin ich nicht in der Lage, eine genaue Schilderung des Endzustandes der

[1]) Den Direktionen all der staatlichen und privaten Anstalten, die mir bereitwilligst Krankengeschichten und Katamnesen einsandten, spreche ich meinen ergebensten Dank aus.

einzelnen Krankheitsfälle zu liefern, sondern kann nur feststellen, wieviele von den Kranken gestorben sind, wieviele ungeheilt, wieviele gebessert sich in Anstaltspflege befinden, wieviele gebessert oder geheilt zu Haus leben, und wieviele wieder berufsfähig geworden sind. In einzelnen Fällen, wo mir zuverlässige und genaue Angaben zur Verfügung stehen, kann ich dann auch den augenblicklichen psychischen Zustand schildern. In einem Falle, bei einer weiblichen Kranken, habe ich gar keine Nachricht bekommen können.

VI.

Von unseren 63 Patienten verstarben in der Klinik 9; 41 wurden nach Anstalten oder Krankenhäusern überführt; 13 wurden nach Hause entlassen. Die Verteilung auf die Geschlechter soll durch nachstehende Tabelle demonstriert werden, wobei wieder die eingeklammerten Zahlen reine Fälle bedeuten.

Tabelle IV.

Art der Entlassung der Patienten aus der Klinik.

	Frauen	Männer	zusammen
In der Klinik verstorben	3 (3)	6 (6)	9 (9)
Nach Anstalten überführt.	12 (10)	29 (22)	41 (32)
Nach Hause entlassen	3 (3)	10 (2)	13 (5)

Von den in die Anstalt oder nach Hause Entlassenen sind nachträglich noch 24, nämlich 16 Männer und 8 Frauen, gestorben. Von unseren 63 Patienten sind also im ganzen 33 gestorben, und zwar 22 Männer und 11 Frauen. Wieviele von diesen Todesfällen der Krankheit selbst zur Last fallen, wieviele durch interkurrente Krankheiten verursacht worden sind, läßt sich nach den vorliegenden, teilweise recht dürftigen Angaben nicht feststellen. Wir können daher keine Mortalitätsziffer angeben, sondern müssen uns damit begnügen zu konstatieren, daß jetzt, wenige Jahre nach der Entlassung, nur noch 51,1% der Männer, 38,9% der Frauen, 47,6% der gesamten Kranken am Leben sind.

Tabelle V.

Übersicht über die Todesfälle.

	Frauen	Männer	zusammen
„Reine" Formen	11	14	25
Abortivformen	0	2	2
Mischformen	0	6 (davon 3 senile)	6
Alle Formen	11	22	33

In der Mehrzahl der Fälle ist bei den außerhalb der Klinik Verstorbenen die Todesursache unbekannt; nur von etwa der Hälfte der Verstorbenen haben wir darüber mehr oder weniger genaue Angaben. Wir finden am häufigsten den Tod durch Herzschwäche verursacht,

ferner durch Nephritis chronica, Lungentuberkulose, dyspnoische und peritonitische Erscheinungen, Lungeninfarkt, Meningealblutung, Bronchitis, Carcinoma recti, Kräfteverfall nach profusen Durchfällen; einmal finden wir bei der Sektion einen Tumor des Rückenmarks mit auf- und absteigender Degeneration.

Die in der Klinik verstorbenen Patienten gingen im akuten Stadium der Korsakowschen Psychose zugrunde. Von den übrigen starben 19 psychisch ungeheilt, nämlich 12 Männer und 7 Frauen; bei dreien war die Krankheit mit Defekt ausgeheilt; die Merkstörung und die Desorientiertheit waren zurückgegangen, ehe der Tod erfolgte (2 Männer, 1 Frau). 2 Männer, beides Abortivfälle, starben, nachdem ihre Geistesstörung angeblich vollständig geheilt war.

Tabelle VI.

Todesfälle bei Korsakowscher Psychose.

	Reine Fälle			Misch-Formen			Abortiv-Form.			zusammen		
	Männer	Frauen	Beide Geschl.	Männer	Frauen	Beide Geschl.	Männer	Frauen	Beide Geschl.	Männer	Frauen	Beide Geschl.
In der Klinik verstorben .	6	3	9	0	0	0	0	0	0	6	3	9
Nach der Entlassung verstorben: Ungeheilt verstorben . . .	8	7	15	4	0	4	0	0	0	12	7	19
Nach der Entlassung verstorben: Nach Defekth. verstorben .	0	1	1	2	0	2	0	0	0	2	1	3
Nach der Entlassung verstorben: Geheilt verstorb.	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	2
zusammen	14	11	25	6	0	6	2	0	2	22	11	33

Mit Ausnahme der Abortivfälle war also keiner der Verstorbenen von seiner psychischen Erkrankung genesen.

VII.

Was das Schicksal der übrigen 30 Patienten anlangt, so habe ich über eine Patientin, wie bereits erwähnt, keine Nachricht erhalten können. Von den übrigen 29 befinden sich 17, nämlich 14 Männer und 3 Frauen zurzeit noch in Anstaltspflege, während 12, und zwar 9 Männer und 3 Frauen, nach Hause entlassen sind.

Tabelle VII.

Die noch in Anstaltspflege befindlichen Fälle.

	Reine Formen	Abortiv-Formen	Mischformen	Alle Formen zusammen
Männer . . .	11	0	3 (davon 2 senile)	14
Frauen . . .	2	0	1	3
zusammen .	13	0	4	17

Alle diese Patienten, die Mischformen eingeschlossen, sind als ungeheilt zu betrachten; zwar sind bei einzelnen die Desorientiertheit

und die Merkstörung beträchtlich zurückgegangen, doch besteht bei allen diesen Kranken Schwäche des Willens, Fehlen der Initiative und eine hochgradige Verstandesabnahme, kurz der charakteristische alkoholische Schwachsinn. Viele der Patienten sind zu leichterer Arbeit gut zu gebrauchen, enthalten sich teilweise auch, selbst wenn man ihnen etwas Bewegungsfreiheit gibt, freiwillig des Alkohols, aber dies alles doch wohl nur, solange sie das Gefühl haben, beaufsichtigt zu sein. Recht treffend schreibt der nichtärztliche Leiter eines Männerheims über einen unserer Kranken: „Der Eindruck bleibt allerdings, daß der willensschwache Mann die äußere Zucht einer strengen Haus- und Arbeitsordnung und das Bewußtsein beständig beobachtet zu sein, fortdauernd bedarf.“ Und so ist es wohl mit vielen dieser Patienten; in der Anstalt machen sie bei oberflächlicher Betrachtung den Eindruck eines fast völlig Geheilten; wollte man sie aber wieder nach Hause in ihre alte Umgebung und in ihren früheren Wirkungskreis entlassen, so würde man bald bemerken, daß man lediglich geistige Ruinen vor sich hat, die nur unter den günstigen Bedingungen der Anstalt ihr Leben fristen können, nicht aber außerhalb der schützenden Anstaltsmauern.

Ein einziger, schwer belasteter Patient — seine beiden Eltern waren Säufer, und Schwester und Tochter litten an Epilepsie — scheint beträchtlich gebessert zu sein. Nach dem uns von der Anstalt, in der er sich befindet, zugeschickten Krankenbericht ist er wieder völlig orientiert und ohne Merkstörung; aber schon der Umstand, daß er nicht aus der Anstaltspflege entlassen wird, deutet darauf hin, daß auch dieser Patient von einer wirklichen Genesung noch weit entfernt ist.

VIII.

Die 12 nach Hause entlassenen Patienten verteilen sich folgendermaßen auf die verschiedenen Krankheitsformen.

Tabelle VIII.

Die nach Hause entlassenen Fälle.

	Reine Formen	Abortiv-Formen	Mischformen	Alle Formen zusammen
Männer . . .	4	2	3 (darunter 1 senile)	9
Frauen . . .	2	0	1	3
zusammen .	6	2	4	12

4 Patienten, 1 Frau und 3 Männer, sämtlich reine Formen, sind als ungeheilt zu betrachten. Bei einem weiteren Patienten, der sich persönlich vorstellte, war eine deutliche Besserung zu konstatieren; er hatte wieder vollständige Orientiertheit und gute Merkfähigkeit erlangt, übte einen leichten Beruf aus und lebte, nach Angabe der Ehefrau, völlig enthaltsam. Freilich handelt es sich auch in diesem Falle nur um

eine Heilung mit Zurückbleiben eines beträchtlichen Defektes. Dasselbe gilt wohl auch von einem 33jährigen Patienten, der schon einmal eine Alkoholhalluzinose durchgemacht hatte, dann an einer Mischform von Delirium tremens und Halluzinose erkrankte, die allmählich in Korsakowsche Psychose überging. Nach langer Anstaltspflege wurde er nach Hause entlassen; sein psychisches Verhalten war annähernd normal. Was seither aus ihm geworden ist, ob er sich draußen hat halten können, konnte ich leider nicht in Erfahrung bringen. Auch eine weibliche Kranke, die ebenfalls an einer Mischform erkrankt war, gehört in diese Kategorie. Im Anschluß an ein Erysipel entwickelte sich bei dieser Patientin ein Delirium tremens, das immer mehr den Charakter einer Korsakowschen Psychose annahm, um schließlich in eine Halluzinose überzugehen. Auch diese Patientin wurde nach längerem Anstaltsaufenthalt nach Hause entlassen. Über ihr jetziges Befinden konnten wir von den Angehörigen keinen Aufschluß erlangen. Das Gemeinsame dieser 3 Fälle ist das, daß sich bei ihnen allen eine deutliche Besserung des psychischen Befindens konstatieren läßt, ohne daß wir eine tatsächliche vollständige Heilung nachweisen oder auch nur als wahrscheinlich betrachten können.

In 5 Fällen endlich, bei 1 Frau und 4 Männern, wird uns von den Angehörigen oder den Patienten selbst mitgeteilt, daß die Kranken sich zurzeit wieder vollständig wohl befinden und keinerlei Zeichen einer geistigen Störung aufweisen. Es sei mir gestattet, auf diese 5 Fälle näher einzugehen.

Die beiden ersten Fälle betreffen Abortivformen von Korsakowscher Psychose. Der erste, ein dem Trunke ergebener, anscheinend von Haus aus psychopathischer 23jähriger Studierender der Chemie, war schon vor geraumer Zeit wegen Alkoholpolyneuritis in interner Behandlung gewesen. Er hatte selbst einen Rückgang seiner geistigen Fähigkeiten, besonders des Gedächtnisses, bemerkt. Aber nicht deshalb kam er in die Behandlung der Psychiatrischen Klinik, sondern er ließ sich aus Furcht vor seinen Selbstmordgedanken, die ihn ständig quälten, freiwillig aufnehmen. Er wurde am andern Tage entlassen. Über seine späteren Schicksale teilt er uns mit, daß er seit 4 Jahren im Staatsdienst stehe, seit 3 Jahren verheiratet sei, Vater eines gesunden Kindes und wohl und munter sei. Sein Schreiben macht einen klaren und geordneten Eindruck, und man kann annehmen, daß unser Patient tatsächlich keine geistige Störung mehr aufweist.

Ähnlich verhält es sich mit dem zweiten Patienten, einem 47jährigen Taglöhner, der zwecks Unfallsbegutachtung in die Klinik aufgenommen wurde. Dieser litt ebenfalls an Alkoholneuritis; daneben fand sich auch bei diesem Patienten eine gewisse geistige Schwäche, besonders bezüglich des Gedächtnisses. Während nach Angabe des ärztlich ge-

leiteten Sanatoriums, in dem sich Patient bis vor kurzem befand, neuritische Symptome noch fortbestehen, war von psychischen Störungen dort nichts bekannt, ein Beweis, daß Patient zum mindesten keine erheblichen geistigen Anomalien darbietet.

Wesentlich anders liegen die Dinge bei einem dritten Patienten, einem 69jährigen Rechnungsrat a. D. Dieser hatte schon einmal ein Delirium tremens durchgemacht und erkrankte dann an einer stark senil gefärbten Korsakowschen Psychose. Patient, der im Anfang das Bild einer schweren Geistesstörung bot, besserte sich in der Pflege der Irrenanstalt in auffallender Weise. Alle Krankheitssymptome schwanden; Krankheitseinsicht stellte sich ein, und als letztes Residuum der Krankheitserscheinungen blieben leichte Erinnerungsdefekte. Schließlich wurde der Patient nach Hause entlassen und befindet sich nach Angabe seiner Tochter zurzeit bei bestem Wohlsein. Inwieweit diese Angabe zutrifft, läßt sich leider nicht nachprüfen.

Bei dem vierten, angeblich vollständig Genesenen haben wir es mit einer Mischform von Korsakowscher Psychose und Alkoholhalluzinose zu tun. Der 40jährige Patient, seines Zeichens Maler, hatte mehrmals Alkoholhalluzinose durchgemacht und war deswegen allein viermal in der Psychiatrischen Klinik. Bei der dritten Aufnahme zeigte er neben den Sinnestäuschungen noch deutlich den Korsakowschen Symptomenkomplex, der aber bald wieder verschwand. Zurzeit soll er sich nach Angabe seiner Tochter vollständig gesund befinden.

Der letzte Fall betrifft eine klinisch reine Form von Korsakowscher Psychose. Eine 53jährige Köchin, bei der sich im Laufe eines Jahres die Krankheit schleichend entwickelte, besserte sich in der Irrenanstalt wieder so weit, daß sie nach Hause entlassen werden konnte. Freilich ließ nach Angabe der Krankengeschichte Gedächtnis und Merkfähigkeit der Kranken zur Zeit der Entlassung noch manches zu wünschen übrig, und alles in allem war eine erhebliche Geistesschwäche als Residuum der Krankheit zurückgeblieben. Nach Angabe der Tochter ist die Patientin zurzeit gesund.

Versuchen wir diese 5 Fälle von angeblichen Heilungen kritisch zu werten, so wird uns die völlige Wiederherstellung (wobei dahingestellt sei, ob sie wirklich als „völlig" bezeichnet werden darf) der zwei Abortivfälle nicht allzusehr Wunder nehmen, da man bei diesen Fällen ja sicherlich einen günstigeren Verlauf erwarten darf, als bei ausgebildeten Fällen. Auch die Genesung des Falles mit der Mischform von Halluzinose und Korsakowscher Psychose dürfte ihre Erklärung darin finden, daß die Korsakow-Komponente des Krankheitsbildes eben nur abortiv war und die Halluzinose an sich ja eine günstige Heilungsaussicht bietet. Bei dem fünften Falle, dem „reinen" Korsakow-Falle, dürfte es sich nach der Krankengeschichte um eine unvollständige Heilung mit Zurück-

bleiben eines erheblichen Defektes handeln; daß die Tochter die Patientin als gesund bezeichnet, spricht nicht dagegen. Betrachtet doch der Laie, besonders der ungebildete, bisweilen selbst Personen mit hochgradiger Geistesschwäche als gesund, wenn sie nur sonst keine auffallenden Erscheinungen darbieten.

Ganz unerklärlich ist mir die Genesung des Patienten mit der senilen Mischform, da derartige Fälle sonst eine sehr schlechte Prognose haben. Was der Grund für dieses auffallende Verhalten sei, ist mir nicht möglich zu ergründen. Vielleicht handelt es sich überhaupt um einen diagnostischen Irrtum.

Bei der relativ geringen Häufigkeit der Korsakowschen Psychose ist unser Material von 63 Fällen schon als ein ziemlich großes zu betrachten. Wir glauben uns daher berechtigt, aus dem Krankheitsverlauf unserer Münchener Fälle Schlüsse auf den Verlauf und die Prognose der Korsakowschen Psychose schlechthin zu ziehen. Freilich muß hierbei berücksichtigt werden, daß den lokalen Verschiedenheiten in bezug auf Lebensalter, soziale Stellung und Trinksitten der Kranken, sowie in bezug auf die Art des Ausbruches der Krankheit, vielleicht auch Abweichungen im Verlauf und Ausgang der Krankheit entsprechen. Daher haben die von uns gesammelten Erfahrungen über die Prognose der Korsakowschen Psychose zunächst nur für ein solches Krankheitsmaterial Gültigkeit, das in all den ebengenannten Punkten dem unseren völlig gleicht. Doch glaube ich annehmen zu dürfen, daß mit gewissen, durch lokale Umstände bedingten Modifikationen die Ergebnisse unserer Untersuchung auch auf jedes andere Korsakowsche Krankenmaterial übertragen werden dürfen.

Welches sind nun die Ergebnisse der Nachforschungen nach dem Schicksal unserer Kranken? Erstens geht ein großer Teil der Kranken, bei uns über 50%, im Laufe der nächsten Jahre nach Beginn der Erkrankung zugrunde. Die Ursache des tödlichen Ausganges liegt in einer Minderheit der Fälle in der Polyneuritis, die durch Vaguslähmung oder unter dem Bilde der Polioencephalitis haemorrhagica superior den Tod herbeiführt. In der Mehrzahl der Fälle sind anderweitige, auf dem Boden des Alkoholismus entstandene körperliche Krankheiten als Todesursachen zu beschuldigen. Das meist hohe Lebensalter der Patienten und die häufige Kombination mit Arteriosklerose kommen daneben als sekundäre Ursachen in Betracht. In einzelnen Fällen sind es interkurrente, in keinem direkten Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch stehende Krankheiten, die den Tod des Kranken verschulden.

Zweitens: Abortivformen der Korsakowschen Psychose und solche alkoholische Mischformen, deren Korsakow-Komponente abortiven Charakter hat, können vollständig ausheilen; alle ausgeprägten Korsakow-Fälle — seien es klinisch reine Formen, seien es Mischformen —

können dies nicht. Die angebliche völlige Genesung des einen Patienten mit der senilen Mischform ist zu unsicher, um als Gegenbeweis zu dienen; wir sind berechtigt, den Satz aufzustellen, daß wohl jeder Korsakow-Kranke, der am Leben bleibt, einen mehr oder weniger großen Defekt zurückbehält. Der eigentliche Korsakowsche Symptomenkomplex schwindet in einer großen Zahl von Fällen; es restiert aber stets ein leichterer oder schwerer alkoholischer Schwachsinn, charakterisiert durch Intelligenzdefekt und Willensschwäche. Letztere tritt, namentlich in leichteren Fällen, mehr in den Vordergrund, als der erstere. Je höher das Lebensalter des Patienten und je länger die Zeit des Alkoholabusus, desto beträchtlicher die Störung; daher geben senile oder arteriosklerotische Mischformen im allgemeinen eine besonders schlechte Prognose.

Wir müssen uns also, das ist das Ergebnis unserer Untersuchung, der Meinung derjenigen Autoren anschließen, die, wie Tiling, Kraepelin und Bonhoeffer, die Heilungsmöglichkeit der Korsakowschen Psychose bestreiten, oder zum mindesten als sehr unwahrscheinlich betrachten.

Literaturverzeichnis.

1. Boedecker, Archiv f. Psychiatrie **40**.
2. Bonhoeffer, Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. 1901.
3. — Die alkoholischen Geistesstörungen. Deutsche Klinik **6** (2).
4. Brissot u. Hamel, Bull. de la soc. de med. ment. **3**. 1910. (Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **2**, 498.)
5. Chotzen, Zeitschr. f. Psych. **66**. 1909.
6. Filser, Alkoholische Mischformen und chron. Alkoholhalluzinosen. Jahresber. über die Kgl. Psych. Klinik in München für 1908 und 1909.
7. Goldstein, Zeitschr. f. Psych. **64**. 1907.
8. Gregor, Monatsschr. f. Psych. **21**.
9. Heilig, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. **10**. 1912.
10. Huss, M., Chronische Alkoholskrankheit oder Alcoholismus chronicus. Übersetzt von G. van dem Busch. 1852.
11. Knapp, Die polyneuritischen Psychosen. 1906.
12. Korsakow, S., Allgem. Zeitschr. f. Psych. **46**. 1890.
13. — Archiv f. Psychiatrie **21**. 1890.
14. Kraepelin, Psychiatrie II. Bd. 8. Aufl. 1910.
15. — Der Alkoholismus in München. Münch. med. Wochenschr. 1906.
16. Krauss, Über Auffassungs- und Merkversuche bei einem Fall von polyneuritischer Psychose. (Kraepelin: Psych. Arbeiten Bd. IV.)
17. Kruckenberg, Zeitschr. f. klin. Medizin **19**.
18. v. Leyden, Zeitschr. f. klin. Medizin **1**.
19. Liepmann, Neurol. Centralbl. **29**. 1910.
20. Lilienfeld, Berliner klin. Wochenschr. 1885.
21. Luther, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig. **9**. 1912.
22. Mayr, Über Endzustände bei Korsakowscher Psychose. Inaug.-Dissert. München 1911.

23. Meyer, Archiv f. Psych. **39**. 1904.
24. — Deutsche med. Wochenschr. 1909.
25. Mönkemöller, Allg. Zeitschr. f. Psych. **54**.
26. Nouët, L'Encephale **6**. 1911. Ref. in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **2**, 498.
27. Räcke, Archiv f. Psych. **39**. 1904.
28. v. Speyr, W., Die alkoholischen Geisteskrankheiten im Basler Irrenhause. 1882.
29. Stanley, The American Journal of Insanity **66**. (Ref. in Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **1**, 626.
30. Tegtmeyer, Zeitschr. f. Psych. **62**.
31. Tiling, Allgem. Zeitschr. f. Psych. **46**. 1890.
32. — Über alkoholische Paralyse und infektiöse Neuritis multiplex. 1897.
33. Wernicke, Krankenvorstellungen aus der psychiatr. Klinik in Breslau. 1899.
34. — Grundriß der Psychiatrie. 1900.
35. Ziehen, Psychiatrie 1911.

Lebenslauf.

Ich, Alfred Friedrich Kauffmann, wurde am 26. Juli 1890 zu Hannover als Sohn des Fabrikanten Josef Kauffmann und seiner Ehefrau Eva geboren. Im Jahre 1892 zogen meine Eltern mit mir nach Plauen i. V. Durch Privatunterricht vorbereitet, trat ich Ostern 1899 in die Sexta des Kgl. Gymnasiums zu Plauen i. V. ein. Ostern 1908 verließ ich die Anstalt mit dem Zeugnis der Reife und widmete mich dem Studium der Medizin. Ich studierte an den Universitäten Kiel, München, Heidelberg, Berlin und abermals München. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Sommersemester 1910 in München, die ärztliche Prüfung im Sommer 1913 ebendort. Seit 1. Juli 1913 bin ich als Medizinalpraktikant an der I. inneren Abteilung des städt. Krankenhauses München-Schwabing tätig.